



tartumasennukseen.fi



# Depressionsskötare inom primärvården

# Triangelmodellen för vård av depression

Vår folksjukdom depression kan behandlas effektivt och patientcentrerat genom depressionsskötarverksamhet. Denna broschyr beskriver depressionsskötarens verksamhet inom primärvården. Broschyren är avsedd som introduktion för personer som utvecklar och ansvarar för mentalvårdstjänster inom primärvården. Publikationen lämpar sig också för dem som nyligen börjat arbeta som depressionsskötare samt för husläkare och konsulterande psykiatrer. God vård och behandling av depression är ett multiprofessionellt samarbete. Patienten står i centrum av vården, runt vilken depressionsskötaren, husläkaren och psykiatern bildar en samarbetstriangel. Triangelmodellen för behandling av depression effektiviserar tidig behandling och aktiv uppföljning. Triangelmodellen har använts och visat sig fungera bland annat i [Paraplyprojektet i Vanda](#) och Mellersta Finlands sjukvårdsdistrikt. Det finns även forskningsrön om effektiviteten av samarbetet mellan husläkare, sjukskötare och specialistläkare ([God medicinsk praxis för depression, på finska](#)).

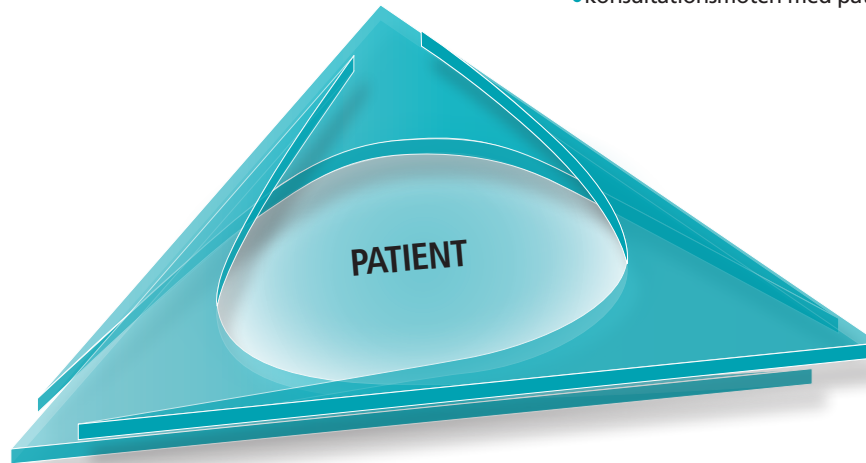
Triangelmodellen för behandling av depression kan också tillämpas av andra än hälsovårdscentraler, till exempel företagshäl-

sovård och rådgivningsbyråer. Det går också att modifiera modellen så att den lämpar sig för olika regionala förhållanden. Centralt i modifieringarna av modellen är att slå vakt om den psykiatriska expertisen och rikta behandlingen mot depressionen. Det saknas bevis på triangelmodellens lämplighet för behandling av olika psykosociala problem eller vård av krispatienter. Triangelmodellen som presenteras här är inte fullständigt färdig utan den bör finslipas ytterligare. Särskilda punkter som kräver utveckling har i denna publikation markerats med symbolen [✱].

Social- och hälsovårdsministeriets nationella plan för mentalvårds- och missbruksarbete Psykisk hälsa 2009 ([Mieli 2009](#)) rekommenderar för samtliga hälsovårdscentraler modellen för depressionsskötare och förstärkning av primärvårdens verksamhet genom psykiatriskt konsultationsstöd. Med hjälp av ministeriets program [Fungerande hälsovårdscentraler](#) och [Serviceinnovation](#) förstärks även primärvårdens verksamhet. Målsättningen för [projektet Masto](#) för att minska depressionsrelaterad arbetsoförmåga är att främja tidig identifiering av depression och effektiv behandling i den akuta fasen inom primärvården.

## KONSULTERANDE PSYKIATER

- regelbunden handledning av depressionsskötare
- utbildning och konsultation av husläkare
- konsultationsmöten med patienter



## HUSLÄKARE

- diagnostik av depression
- beslut om behandling
- bedömning av vårdnivån
- bedömning av hälsotillståndet i övrigt
- medicinering
- bedömning av arbets- och funktionsförmåga


## DEPRESSIONS- SKÖTARE

- kartläggning av symtom
- kartläggning av bakgrund
- patientutbildning
- psykosocialt stöd
- uppföljning av behandling och återhämtning
- samordning av samarbete och behandling

## Viktiga samarbetspartner för en depressionsskötare

---





Depressionsskötarens arbete är behandling av sjukdom, där enligt lagen en läkare beslutar om diagnos och den behandling som ges. Vid en smidig arbetsfördelning besöker patienten först en läkare som bedömer behovet av vård, inleder behandling och hänvisar lämpliga patienter till en depressionsskötare. Till en depression hänför sig ofta även andra psykiatriska och somatiska sjukdomar. Att välja rätt behandling, vårdplats och fortsatt vård kan kräva sådana insikter i psykiatri som husläkare inte alltid har möjlighet till. Därmed har psykiatrer en viktig del i vården.

## Samarbetet med husläkare

Eftersom depression lätt blir kronisk eller återkommande (recidiverande) ska en husläkare utses för patienterna. Depressionsskötarens informerar husläkaren om hur patienten mår till exempel efter första kontakten med patienten och efter första besöket samt i slutet av behand-

lingen. Depressionsskötarens förmedlar även psykiaterns behandlingsanvisningar till husläkaren samt antecknar dem i patientuppgifterna. Samarbete med husläkaren behövs till exempel vid behov av ändringar i medicineringen, remiss och sjukledighet eller utredning av somatiska problem. Formerna för samarbete avtalas lokalt.

## Samarbetet med en psykiater

Konsultationshjälp av en psykiater effektiviserar vården när patienten tvingas vänta på behandling inom den specialiserade sjukvården. Genom regelbunden klinisk handledning av en psykiater kan depressionsskötarens behandla patienterna längre och effektivare inom primärvården. På det sättet ökar depressionsskötarens erfarenhet och kunskaper. Psykiatern kan dessutom delta i utvecklandet av en regional vårdmodell och i kvalitetsövervakningen. Den konsulterande psykiatern måste åtnjuta husläkarnas förtroende för

att de ska förverkliga hans eller hennes behandlingsanvisningar för de patienter som husläkarna ansvarar för.

Förutom traditionella pappers- och telefonkonsultationer kan psykiatern träffa och konsultera patienten ett par gånger utan att vårdansvaret överförs från primärvården. Möten mellan patienten och psykiatern kan också genomföras genom video. Metoder som utnyttjar ny informationsteknologi torde öka [✱]. För att få vissa förmåner förutsätts utlåtanden från psykiater; t.ex. förmåner som hänför sig till långa sjukskrivningar och pensionsbeslut. Utlåtandep Praxis ska vara flexibel både ur patientens och vårdsystemets synvinkel [✱].



## Kartläggning av symtom

---



Det är ofta svårt för en deprimerad person att beskriva sitt tillstånd. Man kan göra det lättare för personen att berätta om sig själv och koncentrera sig på nuet genom enkla raka frågor såsom "vad har fått dig att må dåligt under de senaste dagarna"?

En depression är en kombination av flera olika symtom. Depressionens uttryck är individuellt. Symtomens betydelse för patientens livskvalitet och hur han eller hon klarar av vardagen varierar också stort. Vilka symtom stör patienten mest och hur påverkar de hans eller hennes livskvalitet? Dessa är frågor som hjälper patienten att begrunda vad han eller hon skulle vilja se förändras.

En översikt av de aktuella symtomen kan fås med [BDI-21-frågeformuläret](#) som också lämpar sig för uppföljning av återhämtningen. En bedömning av funktionsförmågan enbart på basis av observationer vid mottagningen är svårt [✱]; det bästa är att fråga om patienten till exempel klarar av att ta hand om sig själv, sköta hemmet, vårda barn, att upprätthålla sitt parförhållande, sitt arbete, om han eller hon utövar något på fritiden och om han eller hon håller kontakt med sina vänner samt om det skett någon förändring i dessa avseenden. Fingervisning om missbruksproblem som ofta anknyter till depression får man med [AUDIT-formuläret](#). Korrådgivning eller miniintervention av en depressionsskötare är en effektiv metod vid överkonsumtion av alkohol och kan även lindra depressionssymtom. Det är möjligt att klarlägga ångestsymtom med frågor om spänning, rädsla, oro, irritation och fysiska symtom som anknyter till dem.

## Symtom som hänför sig till depressionsdiagnos

1. Deprimerad sinnesstämning under större delen av tiden
2. Förlust av intresse eller avsaknad av lust för saker som normalt har intresserat eller medfört välbehag
3. Bristande energi eller exceptionell trötthet
4. Minskat självförtroende eller självkänsla
5. Omotiverade eller orimliga självanklagelser
6. Återkommande tankar om död eller självmord eller självdestruktivt beteende
7. Subjektiva eller observerade koncentrationssvårigheter som kan ta sig uttryck i obeslutsamhet eller ändlöst tvekan
8. Psykomotorisk förändring (upphetsning eller tröghet) som kan vara subjektiv eller observerad
9. Sömnstörningar
10. Ökning eller minskning av aptiten förknippad med viktförändring

## Kartläggning av bakgrund

Livssituationen påverkar  
sinnesstämningen och  
sinnesstämningen påverkar  
livet i övrigt. Man måste se  
till barnens välbefinnande.

### Användbara enkätblanketter

BDI-21 [www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti)  
> BDI

AUDIT [www.droglanken.fi](http://www.droglanken.fi)  
> Tester > Audit

MDQ [www.sls.sll.se/upload/Affektiva/MDQ.pdf](http://www.sls.sll.se/upload/Affektiva/MDQ.pdf)

Depressionens förlopp är varierande. Hur har detta visat sig i patientens liv? När har patienten senast mått bra? Hur mådde patienten före depressionssymtomen, vilka fritidsintressen fanns, hur klade patienten jobbet och hur var vardagen? När började depressionssymtomen?

Många har haft depressionsperioder även tidigare. Hur ofta har symptom uppträtt tidigare och hur har dessa varit? En mindre del av patienterna har haft perioder av höjd sinnesstämning. Med [frågeformuläret MDQ](#) får man en fingervisning om dessa perioder.

Vilken behandling har patienten fått tidigare? Har patienten bra erfarenheter av effekten av någon tidigare behandling? Om patienten har genomgått en lång psykiatrisk behandlingsperiod inom den specialiserade sjukvården, kommer sannolikt inte depressionsskötarens hjälp att ytterligare främja tillfrisknandet.

Erfarenhet av något depressionsläkemedel påverkar planeringen av behand-

lingen. Ifall något tidigare läkemedel inte har hjälpt har då doseringen varit tillräcklig? Ofta har patienter slutat medicineringen på grund av biverkningar som de upplever sig ha fått av läkemedlet. Om biverkningarna har förekommit när medicinering satts in, kan patienten även nu i inledningen av en ny medicin behöva effektiviserat stöd.

Patienter har vanligtvis en egen syn på orsakerna till sitt dåliga hälsotillstånd. Det är viktigt att man lyssnar på dessa synpunkter. Stressfaktorer kan lindras genom att man tillsammans definierar konkreta förändringsmål som ytterligare delas upp i mindre delmål.

Under diskussionen kommer vanligtvis patientens familje- och andra relationer samt arbetssituationen i dagen. Barnens välbefinnande ska aktivt tas upp till diskussion och behovet av stödåtgärder för dem utvärderas.



## Patient- utbildning

Patientens samsyn på vård och behandling är bättre när patienten kan vara säker på att få förfara och få behandling utifrån sina egna val.

För att verkligen kunna delta i beslutsfattandet om vården behöver patienten information om innebörden av behandlingen och av att avstå från behandling, samt om olika vård- och behandlingsalternativ och deras effekter ([lag om patientens ställning och rättigheter 785/1992; 2 kap 5 §](#)). Det är bra för patienten att känna till symtom på, orsaker till, förekomst, följder av depression och behandlingens förlopp. Information om den goda prognosen vid behandling ger patienten hopp.

Det är viktigt för patienten att i relation till sin helhetssituation känna till tillgång till och lämplighet av effektiva behandlingsalternativ såsom läkemedelsbehandling och psykoterapi. ([Patientversionen av god medicinsk praxis för depression, på finska](#)) En lindrig depression som nyligen börjat kan ge med sig utan medicinering eller psykoterapi. Patienter behöver också handledning i metoder

med vilka de själva kan påverka sin sinnesstämning.

Patienten kan vägra ta emot behandling som rekommenderats för honom eller henne. Även om han eller hon inte skulle besluta sig för aktiv behandling, har patienten rätt att få stöd och återhämtningen bör följas upp. Planering av behandling och uppföljning är samarbete: patientens egna uppfattningar om behandlingen och dess betydelse utgör den grund för samsyn som också behandlingsfölsamheten bygger på. Det är viktigt att ta upp för diskussion de många förhandsuppfattningar som särskilt hänför sig till läkemedelsbehandling.

I slutet av behandlingsperioden behöver patienten information om att ta hand om sig, om egenvård och vem man ska kontakta om symtomen återkommer. Tillsammans går man igenom de för varje patient individuella symtom eller tecken som innebär risk för återfall.

## Psykosocialt stöd och uppföljning av återhämtningen

---

Uppföljningen av en patient som lider av depression är målinriktad. Därigenom försöker man förstärka patientens egna metoder att bemästra livet.



Avsikten med en begränsad vårdperiod är att säkerställa tillfrisknande som i regel kräver fyra till sex besök. Besöken periodiseras individuellt. Patienter som känner ångest eller mår illa kan behöva en träff redan samma vecka och på nytt inom en vecka. När återhämtningen har börjat kan besöksintervallet vara flera veckor.

Man kommer överens om mål för och innehåll i vården tillsammans med patienten. Målsättandet föregås av en analys av problemen samt kartläggning av patientens resurser och medel för problemlösning. Patientens behandlingsmotivation och utfästelse för målet är centrala. Målet ska vara konkret och realistiskt och att det nås borde följas upp vid träffarna. Ett övergripande mål är att samtliga symtom på depression ger med sig och att funktionsförmågan återgår till den normala.

Det är viktigt att patienten deltar i behandlingen enligt den vårdplan som kommit till som samarbete. Patientens uppgift kan till exempel vara att öka kontakten

med nära anhöriga och vänner, rätta till sin dygnsrytm eller minska bruket av alkohol. Vid mötena förstärks patientens bemästringsmetoder och därmed stöds patienten att ta ansvar för sin egen del.

Hur symtomen på depression ger med sig följs upp med BDI-symtommätaren. Depressionsskötarens avtalar med hälso-centralläkarna vid den egna enheten och den konsulterande psykiatern om de allmänna spelreglerna för höjning av läkemedelsdoser och byte av läkemedel. Det är en fördel att ha snabbt terapisvar som gemensamt mål.

Vetskapen om begränsat antal besök bidrar till att vården koncentrerar sig på de viktigaste frågorna och blicken hålls riktad mot framtiden. Ett utredningsbesök och fastställande av det primära problemet räcker normalt för den vars problem hänför sig något annat än behandling av depression. Om patientens primära problem till exempel är utkomstrelaterade, kan han eller hon få hjälp med att kon-

takta en socialarbetare. En del av patienterna som behöver specialiserad sjukvård eller annan slags vård kan hänvisas till en lämplig vårdplats redan efter det första eller andra besöket. Normalt kan man relativt snabbt konstatera om depressionsskötarens hjälp räcker för att uppnå symtomfrihet (BDI < 10 poäng) och normal funktionsförmåga eller om det behövs effektiverad behandling till exempel inom den specialiserade sjukvården.

Det är bra om vårdrelationen fortsätter ett par år efter återhämtningen. Kontakter med långa mellanrum kan ske enligt överenskommelse per telefon, e-post eller genom korta besök [✱]. Målet är att uppmuntra patienten att snabbt ta kontakt om depressionssymtom uppträder igen. Ett återfall av depressionen sker i regel relativt snart efter att man återhämtat sig från depressionsperioden. Risken för återfall ökar om återhämtningen har förblivit ofullständig eller om alltför många belastande faktorer hopar sig i patientens liv.

# Organisering av depressions- skötarens arbete

En depressions-  
skötare behöver  
chefens stöd för att  
organisera sitt arbete  
framgångsrikt.

I triangelmodellen svarar en depressionsskötares arbetsinsats mot vårdbehovet för ungefär 20 000 invånare. För samarbetet är det klokast att depressionsskötaren arbetar vid samma enhet som patientens husläkare.

Chef för depressionsskötaren är numera antingen chefen för vårdarbetet vid en hälsovårdscentral eller chefen för mentalvårdsenheten. I några stora organisationer har depressionsskötarna en särskild egen chef. En bra chef ska vara väl förtrogen med arbetets särdrag, psykiska krav och de utbildnings- och handledningsbehov som den nya arbetsmodellen förutsätter samt depressionsskötarens särställning i arbetsgemenskapen. Tills vidare saknas tillräcklig erfarenhet av vilken som är den optimala platsen i organisationen för en depressionsskötare inom hälso- och sjukvården [\*].

Depressionsskötarens schema måste vara tillräckligt gles för att det ska vara möjligt att få brådskande vård inom en eller två veckor. Intensiva möten med mer

än fem patienter dagligen kan bli alltför tungt, särskilt de första besöken kan vara belastande. Å andra sidan är uppföljningsbesöken ofta korta och vissa av ärendena kan skötas per telefon. Depressionsskötarens arbete kan göras mer flexibelt genom att utveckla telefon- och e-postkontakttillämpningar samt gruppmöten [\*].

Både depressionsskötaren och husläkaren måste ha obehindrad tillgång till varandras dokumentation av patientuppgifter. Vid antecknande av journaluppgifter om psykisk hälsa ska särskild finkänslighet och saklighet följas. Viktiga uppgifter om vården ska dock framgå av dem, bland annat vårdplanen och mål för, genomförande och effekten av behandlingen. Det måste också vara möjligt att samla allmän information från journalsystemet för att man ska kunna bedöma verksamhetens kvalitet och effekt, till exempel patienternas besöksantal i genomsnitt, förändringar i BDI-poäng under behandlingsperioden eller avbrytande av behandlingar.

# Utbildning av depressionsskötare och utvecklande av arbetet

Att ge effektiv vård  
förutsätter mångsidig  
fortbildning och  
stöd av psykiater.

● Ett etablerat utbildningssystem för grundutbildning eller fortbildning av depressionsskötare finns inte för närvarande [✱]. Depressionsskötarna är i allmänhet sjukskötare med inriktning mot psykiatri, vilka har tidigare erfarenhet från psykiatrin av att arbeta med mentalvårdspatienter och deras nära anhöriga. Mångsidig fortbildning och psykiaterstöd är förutsättningar för att en depressionsskötares arbete uppfyller kvalitetskraven för effektiv vård.

Vård och behandling av patienter med depression är psykiskt belastande varför man måste sörja för orken särskilt väl. Enligt mentalvårdslagen förutsätter tillhandahållandet av mentalvårdstjänster ett fungerande arbetshandledningssystem. Att orka med arbetet främjas också av kamratstödet mellan depressionsskötarna (till exempel ömsesidig arbetshandledning), möjlighet att delta i fortbildning samt mångsidig arbetsbeskrivning. Tacksamma patienter som tillfrisknar är en av

de bästa energikällorna.

En depressionsskötare tvingas avgränsa sitt arbete eftersom psykisk ohälsa är mycket vanlig inom primärvården. Enbart depression utgör redan ungefär var tionde patient på en hälsovårdscentral. Dessutom hänvisas många patienter med ångest till depressionsskötaren eftersom det i början av behandlingen ofta är svårt att skilja på depression och ångeststörningar.

Triangelmodellen lämpar sig för behandling av patienter med depression och ångest och den är effektiv. Däremot kan depressionsskötarens arbete vara alltför medicinskt inriktat och specialiserat för att kunna stödja patienter i livskriser. Tillämpningar av arbetsmodellen, där depressionsskötare också möter andra patienter med psykosociala problem eller patienter som lider av livskriser, har visat sig lätt skapa köer och vara alltför belastande.



## Koordinering av samarbete

En depressionsskötare fungerar som "case manager" för sina patienter, dvs. samlar nödvändig information och fungerar som kontaktperson till övriga samarbetspartner. De viktigaste samarbetspartnerna är patientens familj och anhöriga som kan delta i vårdbesök. Familje- eller parterapi ingår dock inte i depressions-skötarens ordinarie arbete. Företagshälsovården är en viktig samarbetspartner om patientens arbetsförmåga har minskat eller det krävs arbetsarrangemang eller andra stödåtgärder med anknytning till arbete [✱].

Vid ärenden som rör barnfamiljer kan det vara nödvändigt att kontakta en råd-

givningsbyrå eller barnskyddet – det rekommenderas att sköta kontakterna så att patienten är på plats och kan höra telefonsamtalen. Andra samarbetspartner är till exempel psykologtjänsterna vid hälsovårdscentral, missbrukarvården, socialväsendet och FPA.

Behandlingsperioden hos en depressionsskötare räcker inte för alla. Det lönar sig att finslipa samarbetet med den lokala psykiatriska specialiserade sjukvården. De nationella kriterierna för tillgång till vård definierar för sin del arbetsfördelningen. Många personer med depression kan ha nytta av en kort psykoterapiperiod i ett tidigt skede av vården [✱]. Depressions-skötaren kan hjälpa patienten i samband med att han eller hon ansöker om rehabiliterande psykoterapi. En rehabiliteringsplan som utarbetas tillsammans med en psykiater och uppföljning av rehabilitering är specialiserad sjukvård.

Handledning av grupper i en depressionsskola passar väl i depressionsskötarens arbetsuppgifter. Depressionsskolan

omfattar bl.a. patientutbildning, metoder för stresshantering samt kamratstöd. Depressionsskolan passar för förebyggande av depression, förebyggande av återfall samt behandling av lindrig depression. Grupperna kan måhända lämpa sig bättre än individuella möten särskilt för uppföljning av medicinfria patienter. Många långtidssjuka såsom diabetiker har en förhöjd risk att insjukna i depression. För att förebygga att långtidssjuka insjuknar kan depressionsskötarna anordna depressions-skolgrupper för dem i samarbete med andra anställda inom hälso- och sjukvården.

Inom sin arbetsgemenskap är depressionsskötarna värdefulla konsulter eftersom de samlar på information om mentalvårdstjänsterna i regionen och annan tillgänglig information om psykisk hälsa. De kan även fungera som utbildare eller handledare för till exempel övriga arbetstagare i hälso- och sjukvården och socialväsendet och lokalt delta i utvecklingen av mentalvårdstjänsterna.

## Mer information på nätet

**God medicinsk praxis för depression**, på finska

[www.kaypahoito.fi/web/kh/etusivu/naytaartikkeli/tunnus/hoi50023](http://www.kaypahoito.fi/web/kh/etusivu/naytaartikkeli/tunnus/hoi50023)

**Paraply-projektet i Vanda**, på finska

[www.vantaa.fi/i\\_perusdokumentti.asp?path=1;220;4725;4802;34468](http://www.vantaa.fi/i_perusdokumentti.asp?path=1;220;4725;4802;34468)

**Den nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbete**

[www.thl.fi/sv/mielijapaihde](http://www.thl.fi/sv/mielijapaihde)

**Fungerande hälsovårdscentraler**

[www.stm.fi/fungerande\\_halsocentral](http://www.stm.fi/fungerande_halsocentral)

**Serviceinnovationsprojektet**

[www.stm.fi/serviceinnovation](http://www.stm.fi/serviceinnovation)

**Projekt för bedömning av funktionsförmågan (FACULTAS)**, på finska

[www.tela.fi/?pid=1207907597](http://www.tela.fi/?pid=1207907597)

**Kriterier för att få vård**

Enhetliga grunder för icke-brådsnande vård 2009.

SHM:s rapporter 2009:6

[www.stm.fi/sv/publikationer/publikation/\\_julkaisu/1396269#sv](http://www.stm.fi/sv/publikationer/publikation/_julkaisu/1396269#sv)

**Depressionsskolan**

Koffert T, Kuusi K: Depressiokoulu.

Opi masennuksen ehkäisy- ja hoitotaitoja.

Publikationsserien Suomalainen selviytyjä,

Föreningen för Mental Hälsa i Finland

[www.mielenterveysseura.fi/sv/](http://www.mielenterveysseura.fi/sv/)

**”Vaccinering mot stress i arbetet” (Työstressirokotus)**, på finska

[www.terveysportti.fi > Työstressirokotus](http://www.terveysportti.fi > Työstressirokotus)

**Projekt Familj och barn i samspel**

[info.stakes.fi/toimivaperhe/sv](http://info.stakes.fi/toimivaperhe/sv)

**Lagar**

[www.finlex.fi/sv/](http://www.finlex.fi/sv/)

Lag om patientens ställning och rättigheter

[www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785](http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1992/19920785)

Mentalvårdslag

[www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1990/19901116](http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1990/19901116)

Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården

[www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1994/19940559](http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1994/19940559)

**Projektet Masto**

[www.masto-hanke.fi/sv](http://www.masto-hanke.fi/sv)

**Social- och hälsovårdsministeriet**

[www.stm.fi/sv/startside](http://www.stm.fi/sv/startside)

**Institutet för hälsa och välfärd (THL)**

[www.thl.fi/sv](http://www.thl.fi/sv)

---

### Arbetsgrupp

medicinalrådet Maria Vuorilehto

social- och hälsovårdsministeriet

generalsekreterare, docent Teija Honkonen

Projektet Masto, social- och hälsovårdsministeriet

avdelningsdirektör, professor Jouko Lönnqvist

Institutet för hälsa och välfärd



tartumasennukseseen.fi

Social- och hälsovårdsministeriet  
Projektet Masto

PB 33  
00023 Statsrådet

Växel  
(09) 16001

Broschyrbeställningar  
masto@stm.fi

[www.masto-hanke.fi/sv](http://www.masto-hanke.fi/sv)  
[www.stm.fi/sv/publikationer](http://www.stm.fi/sv/publikationer)

Social- och hälsovårdsministeriets  
broschyrer 2010:1swe

ISSN-L 1236-2123

ISSN 1236-2123 (tryckt)

ISSN 1797-982X (online)

ISBN 978-952-00-2972-2 (inh.)

ISBN 978-952-00-2973-9 (PDF)

URN:ISBN:987-952-00-2973-9

 SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIET  
INSTITUTET FÖR HÄLSA OCH VÄLFÄRD

## Depressionsskötare inom primärvården

God depressionsvård är ett multiprofessionellt samarbete. Patienten står i centrum av vården, runt vilken depressionsskötaren, husläkaren och psykiatern bildar en samarbetstriangel. Den nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbete ([Psykisk hälsa 2009](#)) rekommenderar samtliga hälsovårdscentraler att införa arbetsmodellen för depressionsskötare.

Broschyren Depressionsskötare inom primärvården är avsedd som introduktion för personer som arbetar med och utvecklar mentalvården. Publikationen lämpar sig också för dem som nyligen börjat arbeta som depressionsskötare, husläkare och konsulterande psykiatrer.